

Favorit Medica

Conditions spéciales (CS) pour les assurances impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations selon la LAMal

Édition 2026, valables à compter du 01.01.2026

SWICA

Conditions spéciales Favorit Medica

Pour ces CS, les Conditions générales d'assurance régissant l'assurance des soins et l'assurance d'indemnités journalières selon la LAMal (CGA) sont applicables dans leur intégralité. En cas de contradictions, les CS priment sur les CGA.

I. Généralités

Art. 1 Conclusion de l'assurance, modification du modèle d'assurance et primes

1. Toute personne remplissant les conditions d'admission légales peut conclure ce modèle d'assurance impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations (forme particulière d'assurance). Demeurent réservées les dispositions légales particulières et le transfert en cas de faute contractuelle. Le cas échéant, les formes particulières d'assurance ne sont pas proposées dans toutes les régions.
2. Si les soins ne peuvent pas ou ne peuvent plus être dispensés dans le modèle d'assurance choisi par le fournisseur de prestations choisi pour des raisons qui dépendent de la personne assurée (p.ex. lors du transfert de la personne assurée dans un établissement médico-social ou d'un séjour temporaire à l'étranger), l'assureur est en droit de transférer la personne assurée dans l'assurance des soins ordinaire pour le début d'un mois civil, moyennant un délai de préavis de 30 jours.
3. En cas de déménagement hors de la zone d'application du modèle d'assurance choisi, l'assureur transfère la personne assurée dans l'assurance des soins ordinaire pour le début du mois suivant le changement de domicile. Le départ de la zone d'application du modèle d'assurance choisi doit être communiqué à l'assureur dans un délai d'un mois. Si le domicile est transféré dans la zone d'application d'un autre modèle d'assurance à choix limité, les personnes assurées ont le droit de maintenir leur assurance dans cet autre modèle à choix limité.

4. Si le modèle d'assurance choisi n'est plus proposé, la personne assurée est automatiquement transférée, à la date de la suppression de ce modèle et en maintenant la franchise choisie, dans un modèle d'assurance comparable impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations ou, à défaut, dans le modèle standard de l'assureur. La personne assurée peut également faire valoir son droit de résiliation selon l'art. 7 LAMal ou, en respectant le délai de préavis légal, opter pour un autre modèle d'assurance de l'assureur.
5. Des réductions de primes peuvent être accordées aux personnes assurées dans le cadre de formes particulières d'assurance.

Art. 2 Exceptions au choix limité des fournisseurs de prestations

Le libre choix des fournisseurs de prestations s'applique dans toutes les formes particulières d'assurance pour les traitements et examens suivants, sauf dispositions contraires dans les conditions spéciales correspondantes:

- a) examens et traitements gynécologiques
- b) consultations pédiatriques jusqu'à 18 ans révolus
- c) examens oculaires exécutés par un spécialiste en ophtalmologie
- d) séjours temporaires à l'étranger jusqu'à six mois
- e) cas d'urgence

Dans le cas où des consultations de contrôle ou des traitements consécutifs s'avèreraient nécessaires par suite d'une consultation d'urgence, ceux-ci devront avoir lieu dans le cadre du choix limité des fournisseurs de prestations de la forme particulière d'assurance concernée.

Art. 3 Conséquences en cas de faute contractuelle

1. En cas de violation des obligations liées à la forme particulière d'assurance concernée, l'assureur peut réduire les prestations à 50% de leur montant (après déduction des participations aux coûts légaux).
2. En cas de faute contractuelle répétée, la personne assurée sera exclue de la forme particulière d'assurance pour le début du mois suivant la notification et transférée dans l'assurance des soins ordinaire.
3. Une réintégration dans une forme particulière d'assurance peut avoir lieu seulement douze mois après le transfert, pour le début de l'année civile suivante.

Art. 4 Mesures de soins intégrés et de Care Management

En cas de maladie spécifique (notamment de maladie chronique ou potentiellement chronique), la personne assurée est dans l'obligation de se soumettre à des mesures particulières de soins intégrés à la demande de l'assureur. Celles-ci peuvent s'inscrire par exemple dans le cadre d'un programme de «Disease Management», de «Chronic Care Management», de suivi par le Care Management de l'assureur ou inclure le choix de fournisseurs de prestations particuliers. Les programmes et les fournisseurs de prestations exécutants sont désignés par l'assureur. L'accord concernant la participation aux programmes de soins intégrés et de Care Management est convenu par écrit avec la personne assurée.

II. Champ d'application

Art. 5 But et parcours de soins

1. L'assurance des soins Favorit Medica est une forme particulière d'assurance impliquant un choix limité des fournisseurs de prestations.
2. La personne assurée Favorit Medica se déclare disposée à se soumettre aux traitements et aux examens de l'un des fournisseurs de prestations (médecins, établissement hospitalier, etc.) figurant dans le répertoire Medica désigné par SWICA.
3. L'assureur responsable est SWICA Assurance-maladie SA.
4. Favorit Medica se fonde sur le principe du suivi médical étendu par un fournisseur de prestations répertorié. L'assureur prend en charge, au titre de Favorit Medica, les prestations d'assurance légales pour les soins ou examens ambulatoires et stationnaires, dans la mesure où ces derniers sont prodigués par un fournisseur de prestations agréé par l'assureur pour cette forme d'assurance.
5. En cas de traitements ou d'examens, la personne assurée choisit un fournisseur de prestations figurant dans le répertoire Favorit Medica exhaustif.
6. En dérogation à l'art. 2, il n'existe pas de libre choix du fournisseur de prestations pour les traitements et examens gynécologiques, ophtalmologiques et pédiatriques. La personne assurée choisit un fournisseur de prestations figurant dans le répertoire Medica.
7. Le répertoire Medica est mis à jour au début de chaque année. Il n'est procédé à des adaptations en cours d'année que dans des cas exceptionnels, par exemple en cas d'arrêt de l'activité, fermeture d'un cabinet, décès ou circonstances similaires.

Art. 6 Participation aux coûts

La participation aux coûts est régie par l'art. 20 des CGA et par les dispositions légales. Conformément aux informations relatives au modèle Favorit Medica diffusées sur son site Internet, l'assureur peut renoncer totalement ou partiellement à la perception d'une participation aux coûts.